

DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS PROCIDÊNCIAS DO RECTO PELOS PROCESSOS DE QUENU E DUVAL E DE BERGERET. CONTRIBUIÇÃO AO SEU ESTUDO.

ADALBERTO LEITE FERRAZ
JOSÉ GONZAGA FERREIRA DE CARVALHO

Adalberto Leite Ferraz

Teve participação ativa na Sociedade Brasileira de Proctologia, tendo sido Secretário Geral em 1952 e Presidente em 1954. Foi Cirurgião da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Joaquim José Ferreira, TSBCP

FERRAZ AL & CARVALHO JGF - Do tratamento cirúrgico das procidências do recto pelos processos de Quenu e Duval e de Bergeret. Contribuição ao seu estudo. *Rev Colo-Proct*, 1995; 15(1): 31-34

RESUMO: Comunicam os autores a sua experiência com os processos de Bergeret consistindo da recto-sigmoidectomia perineal e de Quenu e Duval, consistindo de recto-sigmoidectomia abdomino-perineal com colopexia, para o tratamento da procidência rectal, baseados em sete casos. Apresentam quadros ilustrados das intervenções realizadas e um resumo das observações clínicas.

A presente comunicação resume uma série de observações clínicas que pudemos reunir e que demonstram nossa orientação no tratamento cirúrgico das procidências do recto, ao mesmo tempo que provam os últimos resultados por nós obtidos em casos clínicos cuja seqüência pós-operatória tardia tem sido a mais satisfatória possível.

Não nos deteremos em considerações teóricas a respeito desta ou daquela orientação terapêutica, aconselhada por escolas as mais diversas, as quais reclamam para seus processos terapêuticos a escolha universal dos que se propõem a remover as procidências rectais em seus diversos estádios.

Assim, teceremos apenas algumas considerações sobre vários casos por nós tratados pelo processo de Bergeret e de Quenu e Duval, à título de uma contribuição nossa sobre tão importante questão em proctologia (Figs. 1 a 8).

Segundo as mais recentes publicações, a procidência seria a consequência de uma descida anormal do recto à partir da porção alta do recto-sigmóide, devido a uma insuficiência de seus meios de sustentação, de fixação ou de suspensão, contando-se ainda com a participação de certos factores patogênicos secundários.

Como consequência, o tratamento racional dessa afecção deve ser orientado no sentido de se corrigir a deficiência anatômica ou funcional desse sistema de manutenção do recto em sua posição normal.

Dos processos cirúrgicos preconizados escolhemos, de início, unicamente o de Bergeret, citado por Hartmann e grandemente preconizado por Carrasco.

Em seus princípios gerais, consiste esse método em uma recto-sigmoidectomia, por via intra-esfincteriana e com exteriorização do cólon, o qual é abaixado e amputado em um nível atingível pela tração com descolamento das estruturas perirectais e pericólicas.

Aliás, a técnica da recto-sigmoidectomia é preconizada em nosso meio por vários estudiosos no assunto, entre os quais, Silvio D'Ávila, cuja orientação pessoal, das mais abalizadas e acatadas, está de acordo com as directrizes gerais traçadas por Bergeret.

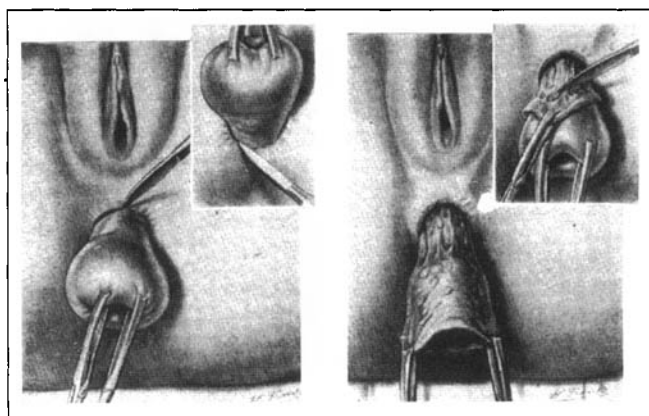


Fig. 1 - Incisão circular ao nível da linha cutânea-mucosa.

Fig. 2 - Descolamento.

Esse autor patricio preconiza, como tempo final da intervenção, a fixação à pele da região perianal, de dois retalhos do segmento cólico abaixado (Fig. 9), segundo a técnica de Dimitriu e Stoia, utilizada no tratamento das rectites estenoseantes. A esse artifício nos temos filiado e os resultados que obtivemos foram os mais satisfatórios.

Assim entrevistamos em cinco pacientes, cujos dados clínicos são os seguintes, em suas linhas gerais:

1. Quanto à *idade* - oscilando de 57 a 62 anos;
2. Quanto à *cor* - eram todos brancos;
3. Quanto ao *sexo* - todos, do sexo masculino;
4. Quanto à *nacionalidade* - todos, brasileiros.
5. Quanto ao *histórico*:

a - início da moléstia datando em média de 2 a 3 anos;

b - histórico de tratamento cirúrgico ou clínicos, anteriormente e sem resultados satisfatórios;

c - história de recidivas em 3 casos;

d - ausência de moléstias intercurrentes.

6. Quanto aos *dados clínicos subjetivos* apresentados:

a - menção de aparecimento de um tumor no anus, por ocasião da defecação;

b - dores locais mais ou menos intensas durante a exo-neração;

c - psicastenia;

d - proctorragias;

e - inapetência e emagrecimento, em todos os casos.

7. Quanto aos *dados clínicos objetivos*:

a - pelo exame proctológico, observou-se sempre a presença de uma procidência, cujas dimensões, variáveis, oscilavam de 7 a 15 centímetros, em sua extensão;

b - presença de todas as camadas estruturais da parede rectal, em todos os casos;

c - ausência de outras lesões locais;

d - anemia e emagrecimento em todos os pacientes.

Após um pré-operatório usual, constante da avaliação das condições somáticas dos pacientes, por um exame clínico geral e pelos exames subsidiários necessários, mandávamos proceder em todos os casos a uma lavagem intestinal de véspera, com antisepsia concomitante, além de conseguirmos uma constipação prévia.

A intervenção foi praticada sob raquianestesia, em 4 casos sob anestesia geral pelo cyclopropano-eter, em 1 caso.

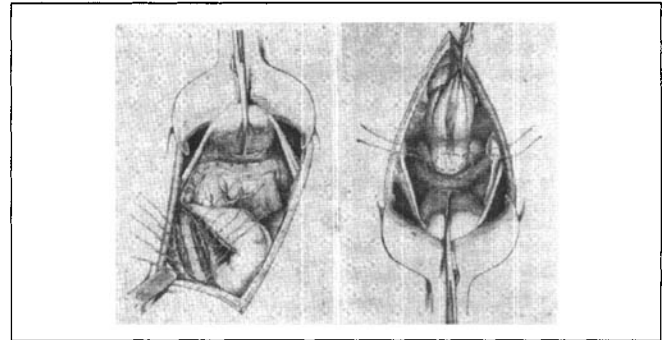


Fig. 5 - Colopexia.

Fig. 6 - Obliteração do fundo de saco de Douglas.

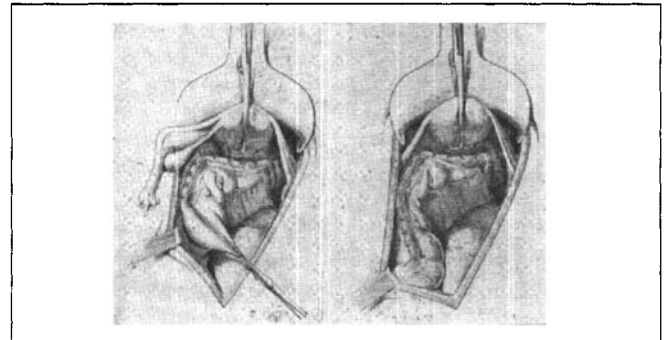


Fig. 7 - Término da fixação do cólon pélvico.

Fig. 8 - Colopexia na mulher.

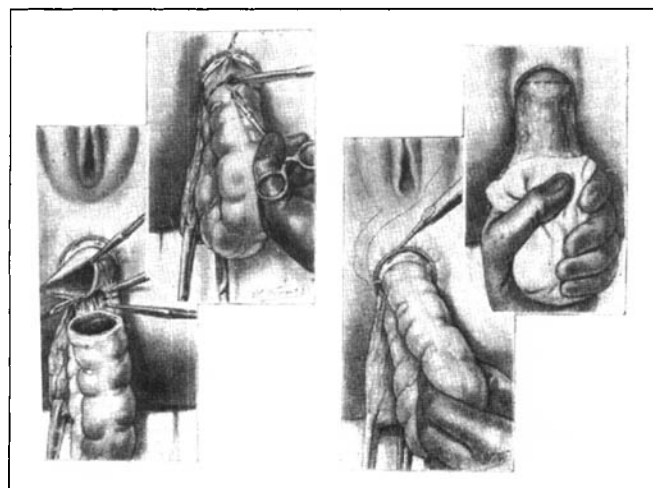


Fig. 3 - Abertura do fundo de saco de Douglas, abaixamento do cólon e fechamento do peritônio.

Fig. 4 - Secção do cólon.

8. Pós-operatório:

a - Imediato - ótimo e sem complicações, em todos os casos.

b - Tardio - todos os casos foram operados em 1948. Dos 5 pacientes, 4 se apresentam até o presente com cura clínica absoluta. O 5º caso apresentou-se com recidiva do processo em 1949, 1 ano após a execução da intervenção. Era uma procidência menor, mas dificultando ao paciente, o desempenho de suas mistéres.

Pois bem, foi depois do insucesso que observámos com este último paciente por nós operado, que procurámos encontrar uma explicação para tal ocorrência, na possibilidade de não termos praticado a aludida intervenção segundo todos os ditames técnicos preconizados por Bergeret. Detivemo-nos principalmente em considerações sobre esta ou aquela falha que poderia ter havido quando, por exagerada prudência, não

tivéssemos executado o abaixamento do cólon até um nível ideal.

Praticámos no mesmo doente com recidiva uma colopexia a Quenu e Duval. Os resultados foram os mais satisfatórios possíveis e desde essa época, em 1949, praticámos mais 6 intervenções, das quais separámos 3, por datarem de mais de 2 anos e que até o presente exibem uma recuperação definitiva e sem complicações.

Ora, a colopexia corrigindo a procidência, através de uma laparotomia, com a suspensão e fixação do simóide a estruturas anatómicas fixas, situadas em um plano acima da porção alta do recto-sigmóide, não apresenta contraindicações de ordem técnica e apresentam ainda as seguintes características:

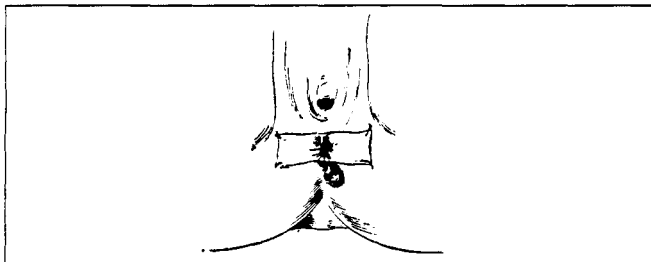


Fig. 9 - Extremidade cólica seccionada e fendida longitudinalmente para formação de duas linguetas, as quais serão fixadas à pele.

9. a - evitem a mutilação cirúrgica dos abaixamentos;
- b - evitam as complicações anatómicas e funcionais no pós-operatório;
- c - corrigem a invaginação rectal, removendo a procidência;
- d - constituem um processo de execução simples e pouco chocante.

As colopexias, preconizadas desde 1821 por Packel e Bunker, citados por Lenormant, ainda há pouco vêm de ser preconizadas por muitos dos proctologistas de nossos dias, os quais a utilizam como intervenção de escolha, quer isoladamente, quer associadas a outro processo cirúrgico de tratamento das procidências do recto.

Eis porque também recomendámos essa técnica, preferindo a de Quenu e Duval, não somente pelos ótimos resultados por nós obtidos em casos que exigiam uma rápida recuperação, ao mesmo tempo que exibiam condições somáticas precárias, tais como, idade avançada (acima de 75 anos), emagrecimento, anemia e sub-nutrição, como também, por ser esse método, de fácil execução em relação aos abaixamentos cólicos.

Dos seis casos por nós operados até a presente data, separámos 3 observações cuja data da intervenção se fixa em 1948, em 2 pacientes e em 1951, para uma paciente recém-operada.

Os dados clínicos apresentados pelos doentes foram, em tudo, semelhantes aos já assinalados resumidamente ainda há pouco, diferindo-se apenas no que diz respeito à idade dos pacientes, a qual sempre foi acima de 75 anos.

Os resultados foram ótimos, não tendo sido observado até o presente, qualquer sinal de recidiva da procidência ou do aparecimento de uma complicação pós-operatória.

Relato dos casos

Caso 1 - J.P., branco, brasileiro, com 62 anos de idade e residente no interior do Estado. Internou-se na 2ª C. H. do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com o diagnóstico clínico de hemorróidas. Ao exame proctológico, constatou-se a presença de uma protusão oval no orifício anal, com maior diâmetro no sentido craneo-caudal. Pela palpação, o tumor se mostrava duro e espesso. Esfíncter anal atônico. Presença de estrias circulares dispostas irregularmente. Após um preparo conveniente, foi o paciente operado em Janeiro de 1948, sob anestesia raquidiana, pela Scurocaina 3 cc. Recto-sigmoidectomia a Bergeret. Operador Dr. Adalberto Leite Ferraz. Auxiliar: Dr. José Gonzaga Ferreira de Carvalho. Pós-operatório imediato - ótimo e sem complicações. Pós-operatório tardio - ótimo e sem recidivas até a presente data.

Caso 2 - A.P.P., branco, brasileiro, com 58 anos de idade, operário, residente em São Paulo. Deu entrada na Enfermaria da 2ª C.H., em Fevereiro de 1948, com procidência rectal recidivada, após 2 intervenções anteriores, em outros Serviços (cauterização linear, perineorrafia anterior e posterior). O paciente foi devidamente preparado com lavagens intestinais durante 3 dias consecutivos e constipação pelo ópio, com 2 dias de antecedência. Em 26 de fevereiro de 1948 foi submetido à recto-sigmoidectomia a Bergeret, sob anestesia raquidiana pela Scurocaina. Operador: Dr. Adalberto Leite Ferraz, Assistente: Dr. José Gonzaga Ferreira de Carvalho. Operado sem acidentes. Pós-operatório imediato e tardio, ótimo e sem complicações. Cura radical.

Caso 3 - P.C., com 60 anos, branco, brasileiro, residente no interior de Minas Gerais e internado em Abril de 1948, na 2ª C.H. da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com diagnóstico de hemorroidas e de prolapso. Conta o paciente que sofria há 8 anos. Pelo exame proctológico, observámos tratar-se de uma procidência do recto. Sob anestesia raquidiana pela Scurocaina, foi o paciente operado em 4-5-48, tendo sofrido uma recto-sigmoidectomia à Bergeret. Operador: Dr. Adalberto Leite Ferraz. Auxiliar: Dr. José Gonzaga Ferreira de Carvalho. Operado sem acidentes. Pós-operatório imediato e tardio, ótimo e sem complicações. Ausência de recidivas até Maio de 1951.

Caso 4 - J.M., branco, com 59 anos de idade e internado na 2ª C.H. da Santa Casa de Misericórdia, em Junho de 1948. Durante 6 meses apresentara dor abdominal e diarreia. Foi tratado como tendo disenteria amebiana. Paciente muito emagrecido. Feito um tratamento reconstituente durante vários dias, foi o paciente operado em 26-6-1948, submetendo-se a uma recto-sigmoidectomia à Bergeret, sob anestesia raquidiana. Operador: Dr. Adalberto Leite Ferraz. Auxiliar: Dr. José Gonzaga Ferreira de Carvalho. Operação sem acidentes. Pós-operatório ótimo e sem complicações. Ausência de recidivas até a presente data.

Caso 5 - S.A., branco, brasileiro, com 57 anos de idade, internado na 2ª C.H. em Agosto de 1948. Apresentou-se com procidência rectal da qual se queixava há 5 anos. Foi preparado e operado em 9-9-48 sob anestesia geral pelo ciclopropano-eter. Operador: Dr. Alberto Leite Ferraz. Assistente: Dr. José Gonzaga Ferreira de Carvalho. Operação sem acidentes. Pós-operatório tardio: recidiva após 1 ano da operação. Nova internação, para ser reoperado pelo processo de Quenu e Duval em novembro de 1949, com ótimos resultados.

Caso 6 - S.F., branco, brasileiro, residente em Campo Grande, Mato Grosso, com 77 anos de idade. Já havia sido operado antes, de apendicite crônica. Diz que sofreu durante vários anos de colite amebiana, tendo sido medicado por vários médicos. Relatou ainda que desde então começou a sentir que o recto exteriorisava durante a defecação, o que lhe provocava dores e grande abatimento moral. Sofreu vários tratamentos preconizados para hemorroidas, sem melhoras. Ao exame local - evidentes sinais de procidência rectal. Em 20-8-1949 foi submetido a uma colopexia a Quenu-Duval, sob anestesia raquidiana, no Hospital Santa Rita. Operador: Dr. Adalberto Leite Ferraz. Auxiliar: Dr. José Gonzaga Ferreira de Carvalho. Operação sem acidentes. Pós-operatório ótimo e sem complicações. Ausência de recidivas ou de complicações até Junho de 1951.

Caso 7 - M.T.S.F., branco, com 78 anos de idade, residente em São Paulo. Exame em 13.9.51, observando-se uma

procidência grande do reto. Há 5 anos teve colite bacilar (sic). Sofre da moléstia desde há anos. Foi operado em 29-9-51, na casa de Saúde Santa Rita, sob anestesia geral pelo ciclopropano-eter. Operador: Dr. Adalberto Leite Ferraz. Auxiliar: Dr. José Gonzaga Ferreira de Carvalho. Foi submetido a uma colopexia a Quenu-Duval. Operação sem complicações no pós-operatório imediato ou tardio. Ausência de recidivas, até a presente data.

Concluimos pois, pela recomendação dos métodos de Bergeret ou de Quenu e Duval no tratamento das procidências do recto, em vista de termos obtido com a execução dos mesmos, os melhores resultados em 8 casos por nós operados.

FERRAZ AL & CARVALHO JGF - Surgical treatment of rectal proidentia by Quenu-Duval's and Bergeret's techniques.

SUMMARY: The AA. present their experience with Bergeret's and Quenu-Duval's techniques, for the surgical treatment of proidentia recti, based on 7 cases, Bergeret's technique consists of a perineal proctosigmoidectomy, while the Quenu-Duval's technique is an abdomino-perineal proctosigmoidectomy, with colopexy, through the abdominal approach. Pictures illustrating the operations and a summary of the cases are presented.
